

# LA PLACE DU FIBROME UTERIN CHEZ LES PATIENTES QUI CONSULTENT POUR INFERTILITE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU POINT G

AHMADOU<sup>1</sup> COULIBALY, MAMADOU<sup>1</sup> SIMA, MAMADOU S TRAORE<sup>1</sup>, IBRAHIM KANTE<sup>1</sup>, SEYDOU Z. DAO<sup>2</sup>, KONIMBA KONE<sup>1</sup>, SOGONA DIALLO<sup>1</sup>, TIOUNKANI THERA<sup>1</sup>, YOUSOUF TRAORE<sup>3</sup>

1 Centre hospitalo-universitaire du Point G, Bamako, Mali

2 Centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

3 Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

Correspondance : Ahmadou Coulibaly, Centre hospitalo-universitaire Point G,  
Tél :(00223)7641204 /65863566 E-mail : [coulimpewo@yahoo.fr](mailto:coulimpewo@yahoo.fr), Bamako, Mali

## Résumé

Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective descriptive qui s'est étendue sur une période de trois ans, du 1<sup>er</sup> Janvier 2013 au 31 Décembre 2015. Au total 178 cas de fibrome utérin soit une fréquence 13,56% ont été enregistrés sur les 1313 cas d'infertilité. Les facteurs tels que (l'âge, l'antécédent familial de fibrome, la ménarche précoce, l'obésité, la multiparité) ont été incriminé dans la survenue des fibromes. Le désir d'enfant était le motif principal de consultation dans 100% des cas. Le diagnostic de myome utérin était évoqué à l'échographie dans 100% des cas. Le traitement a été chirurgical dans 48,88% des cas. Le pronostic était marqué par la survenue de grossesse chez 12 de nos patientes soit 6,74%. Une étude prospective randomisée, comportant un groupe contrôle, composé de patientes infertiles porteuses de myome avec une attitude expectative, est nécessaire avant de conclure formellement sur le bien-fondé de la myomectomie en procréation naturelle.

**Mots clés** : fibrome utérin - infertilité - C.H.U du Point G.

## Abstract

This was a descriptive retrospective cross-sectional study that spanned a period of three years, from January 1, 2013 to December 31, 2015. A total of 178 cases of uterine fibroid, a frequency of 13.56%, were recorded out of the 1313 cases of infertility. Factors such as (age, family history of fibroids, early menarche, obesity, nulliparity) have been implicated in the occurrence of fibroids. The desire to have a child was the main reason for consultation in 100% of the cases. The diagnosis of uterine myoma was evoked on ultrasound in 100% of cases. The treatment was surgical in 48.88% of the cases. The prognosis was marked by the occurrence of pregnancy in 12 of our patients, or 6.74%. A prospective randomized study, comprising a control group, composed of infertile patients carrying myoma with an expectant attitude, is necessary before concluding formally on the merits of myomectomy in natural procreation.

**Keywords** : uterine fibroid - infertility - C.H.U du Point G

## **1. Introduction**

Il est question d'infertilité lorsque, malgré des rapports sexuels réguliers et sans protection pendant un an, aucune grossesse n'est obtenue. Avec la baisse rapide de la fertilité chez la femme de plus de 35 ans, les premières investigations peuvent être mises en route après six mois déjà à partir de cet âge. (Bruno et al, 2008).

Les léiomyomes ou fibromyomes, plus communément dénommés fibromes, sont les tumeurs les plus répandues du tractus génital féminin. Ils touchent 20 à 25% des femmes en âge de procréer et sont 3 à 9 fois plus fréquents chez les femmes noires que chez les femmes blanches (O Kogho et al. 2011). Plus fréquents chez les femmes d'origine africaine, ils font leur apparition généralement après l'âge de 30 ans, (O Kogho et al. 2011 et Baird et al. 2003). L'influence de ces fibromes utérins sur la gestation est établie. Cependant leurs effets sur la fertilité donnent lieu à des controverses. Au sein d'une population de patientes infertiles, les myomes utérins reconnus comme seule cause d'infertilité ne représenteraient que 1 à 2 % des patientes, (Baird et al. 2003)

Bien que le nombre de couples infertiles ait diminué dans le monde et dans la plupart des régions, il est passé de 4,2 millions en 1990 à 3,6 millions en 2010 dans la région à revenu élevé (Maya, 1990). Mais il est en recrudescence dans les pays en voie de développement surtout en Asie du sud et en Afrique subsaharienne. Malgré ce constat, peu d'étude ont été menée en Afrique et en particulier au Mali mettant un lien de causalité entre le fibrome utérin et infertilité dans la littérature (Maya, 1990).

Vu l'augmentation de la fréquence des fibromes et de l'infertilité en Afrique et surtout au Mali après plusieurs années d'évolution de la médecine, il était pertinent de faire une première évaluation de l'impact des fibromes utérins sur la fertilité dans un pays en voie de développement comme le Mali dans une structure de santé de troisième niveau.

## **2. Matériels et méthodes**

Nous avons réalisé une étude transversale, rétrospective, sur 3 ans, du 1<sup>er</sup> Janvier 2013 au 31 décembre 2016 le dans service de gynécologie obstétrique au CHU Point G. Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes ayant consulté pour infertilité et dont l'échographie a objectivé au moins un fibrome utérin quel que soit la taille et l'emplacement. Il a été retenu comme patiente infertile, celle chez qui aucune grossesse n'est obtenue après un an de rapports sexuels réguliers et sans protection. Le test statistique utilisé a été le test exact de Fischer et Chi 2 de Pearson avec un seuil de significativité fixé à 5%.

## **3. Résultats**

### **Fréquence :**

Du 1<sup>er</sup> Janvier 2013 et 31 Décembre 2015, nous avons enregistré 1313 cas d'infertilité parmi lesquels nous avons retrouvé 178 cas de fibrome utérin soit une fréquence 13,56%.

### Caractéristiques sociodémographiques :

Age : Les patientes âgées de plus de 30 ans étaient les plus représentées avec 69% des cas . L'âge moyen était de 30 ans.

Nous avons présenté dans le tableau 1, la répartition des patientes selon la profession

**Tableau 1** : Répartition des patientes selon la profession

Profession de la femme	Nombre	Fréquence
Commerçante	29	16,3
Etudiante	3	1,7
Ménagère	76	42,7
Autres	70	39,3
Total	178	100

La majorité des patientes étaient des ménagères soit 42,7% des cas.

Nous avons présenté dans le tableau 2, la répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques.

**Tableau 2** : Répartition selon les antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques	Fréquence	Pourcentage(%)
<b>Ménarche (année)</b>		
<11	1	0,56
> 14	30	16,85
entre 11 et 14	44	24,72
Inconnue	103	57,87
<b>Cycle</b>		
Régulier	139	78,09
Irrégulier	31	17,42
Non précisé	8	4,49
<b>Durée des règles en jour</b>		
< 4	31	17,42
entre 4 et 7	129	72,47
8 et plus	18	10,11
<b>Dysménorrhée</b>		
OUI	107	60,11
NON	71	39,89
<b>Trouble du cycle</b>		
Absent	160	89,89
Ménorragie	18	10,11

Dix-huit de nos patientes soit 10,11 % ont présenté un trouble du cycle à type de ménorragie.

Nous avons présenté dans le tableau 3, la répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.

**Tableau 3 : Répartition en fonction des antécédents obstétricaux**

<b>Antécédents obstétricaux</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Gestité</b>		
Nulligeste	<b>69</b>	<b>38,76</b>
Primigeste	51	28,65
Multigeste	57	32,03
Grande multigeste	01	0,56
<b>Nombre d'avortement</b>		
<b>&gt; 1</b>	24	13,48
<b>0</b>	110	61,80
<b>1</b>	44	24,72
<b>Type d'avortement</b>		
Spontané	19	27,94
Provoqué	10	14,71
Non précisé	39	57,35
<b>Parité</b>		
Nullipare	108	60,67
Primipare	47	26,40
Multipare	22	12,36
Grande Multipare	01	0,56
<b>Nombre d'enfant vivant</b>		
<b>Plus de 1</b>	17	9,55
<b>0</b>	122	68,54
<b>1 seul</b>	39	21,91
<b>Nombre d'enfant décédé</b>		
<b>Plus de 1</b>	03	1,69
<b>0</b>	154	87,01
<b>1 seul</b>	20	11,30

Soixante-neuf de nos patientes soit 38,76% étaient des nulligestes.

Nous avons fait dans le tableau 4, la répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

**Tableau 4 : Répartition en fonction des antécédents chirurgicaux**

Antécédents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>GEU</b>		
Oui	08	4,49
Non	170	95,51
<b>Myomectomie</b>		
Oui	15	8,43
Non	163	91,57
<b>Laparotomie kyste ovarien</b>		
Oui	3	1,71
Non	175	98,29
<b>Cœlioscopie</b>		
Oui	6	3,37
Non	172	96,63
<b>Césarienne</b>		
Oui	8	4,49
Non	170	95,51

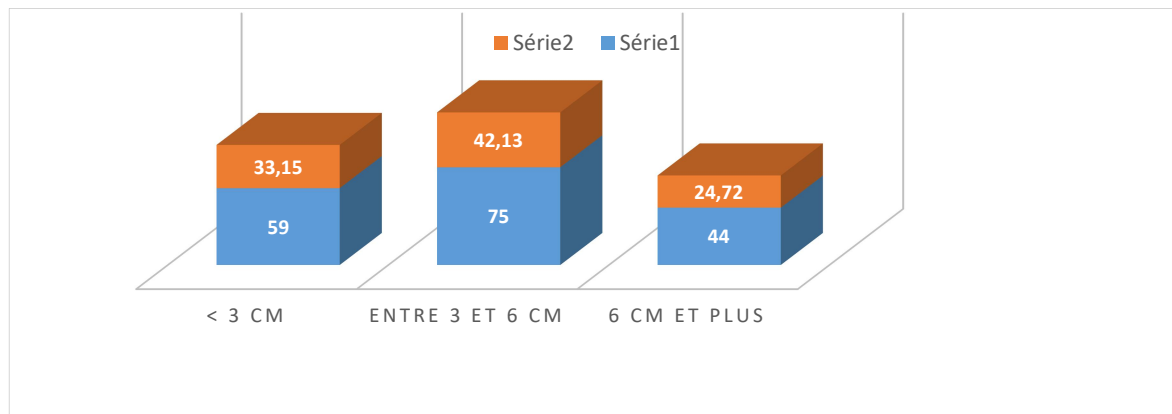
Quinze patientes soit 8,43% avaient déjà subi une myomectomie.

Nous avons fait dans le tableau 5, la répartition des patientes selon les facteurs de risque de fibrome utérin.

**Tableau 5 : Répartition en fonction des facteurs de risque de fibrome utérin**

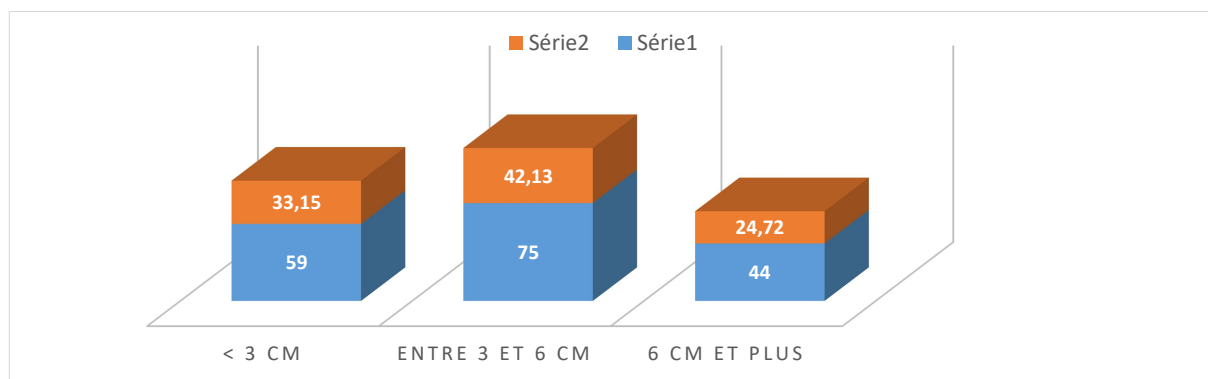
Facteurs de risque	Fréquence	Pourcentage(%)
<b>Âge supérieur ou égal à 30ans</b>		
OUI	125	70,22
NON	53	29,78
<b>Antécédents familiaux de fibrome</b>		
Inconnue	177	99,44
Non	1	0,56
<b>Parité</b>		
Nullipare	107	60,12
Primipare	47	26,40
Paucipare	2	1,12
Multipare	21	11,80
Grande Multipare	1	0,56
<b>Ménarche précoce</b>		
OUI	1	0,56
NON	72	40,45
Inconnue	105	58,99
<b>Surpoids/obésité</b>		
Absent	2	1,12
Surpoids	2	1,12
Obèse	6	3,37
Non précisé	168	94,39

Cent vingt-cinq de nos patientes soit 70,22% avaient un âge supérieur ou égal à 30 ans. Cinquante-quatre pourcent de nos patientes avaient un nombre de myome  $\geq 3$ .



**Figure 1** : Répartition des femmes selon le nombre de myome à l'échographie

Soixante-quinze de nos patientes soit 42,13% avaient une taille de myome comprise entre 3 et 6 cm.



**Figure 2** : Répartition des femmes selon la taille du plus gros noyau des myomes à l'échographie

**Tableau 6** : Répartition des patientes selon survenue de grossesse et selon la profession

Profession de la femme	Survenue de grossesse		
	Oui	Non	Total
Commerçante	2	27	29
Etudiante	0	3	3
Ménagère	3	73	76
Autres	7	63	70
Total	12	166	178

Test Exact de Fischer ddl = 3 P= 0,50

#### 4. Discussion

Dans notre étude 13,56% des cas d'infertilité était associée à la présence de fibrome utérin. Contrairement à l'étude de (Cook H, Ezzati M, Segars J, et al. 2010) où le fibrome utérin n'était présent que dans 5 à 10%. Cependant, la question de savoir si fibromes peut être la seule cause de l'infertilité a été mal comprise (Cook H, Ezzati M, Segars J, et al. 2010) et, (Donnez J, Jadoul P, 2002) affirment que cela est dû à l'absence d'études prospectives, randomisées et contrôlées séparant d'autres facteurs d'infertilité.

L'âge moyen était de 30 ans, et 69% de nos patientes avaient un âge supérieur à 30 ans. L'âge a une valeur pronostique dans notre étude. Au fur et à mesure qu'on avançait en âge, la fertilité baissait confirmé par certain auteur tel (Bruno Imthurn, Estilla Maurer-Major, Ruth Stiller, 2008).

Dans notre étude les femmes mariées ont représenté 93 %, les célibataires 5 %, et autres (veuves, divorcés) 2%. Sur le plan de l'activité professionnelle des patientes. Les ménagères (fonction sans revenus) étaient les plus dominantes, avec 42,69 %. Ceci s'explique par le taux élevé des femmes non scolarisées au Mali. Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la profession de la femme et la survenue de grossesse durant notre étude.

Les nulligestes étaient les plus représentées avec 38,76 %. Un antécédent de plus d'un avortement avait été retrouvé dans 13,48% des cas. A noter aussi que 68,54 % n'avaient pas d'enfant vivant et 61% des patientes étaient nullipares.

L'antécédent de myomectomie a été retrouvé chez 8,43 % de nos patientes et 4,49 % avaient un antécédent de GEU et 4,49% avaient un antécédent de césarienne. Parmi les six patientes ayant réalisé la cœlioscopie 03 soit 50% l'avaient fait pour désir d'enfant. Toutes les laparotomies peuvent être causes d'infécondité par le biais des adhérences. Dans l'étude de (Kouyaté, 2009) l'antécédent de traitement antérieur surtout chirurgical diminuerait la chance d'avoir une grossesse induite.

Comme facteurs de risque : 70,22% des patientes avaient un âge supérieur ou égal à 30 ans ; 99,44% avaient un antécédent familial de fibrome ; 60,12% étaient des nullipares ; 59 % nos patientes avaient une ménarche inconnue ; 1,12% avait un surpoids et 3,37% étaient obèses. (Racinet, 2009), (Flake, Andersen, Dixon 2003) confirment dans leur étude l'implication de ces différents facteurs : l'âge, l'antécédent familial de fibrome, la ménarche précoce, l'obésité, la nulliparité dans la survenue des fibromes.

La majorité de nos patientes soit 48,33% avaient consulté pour désir d'enfant ; 2,81% pour des métrorragies plus du désir d'enfant ; 21,34% pour des douleurs pelviennes associées au désir d'enfant ; 27,52% fibrome échographique plus avec un désir d'enfant.

Toutes nos patientes avaient un état général bon ; par contre 1,12% des patientes était anémié. Une macromastie avec nodule du sein droit était retrouvé chez une seule de nos patientes ; et l'utérus globuleux au toucher vaginal avait été retrouvé chez 53,93%.

L'échographie était réalisée chez toutes nos patientes ; 54% nos patientes avaient un nombre de myome supérieur ou égal à 3 ; 42,13% avaient une taille de myome comprise entre 3 et 6 cm pour le plus gros noyau et 24,72% avaient une taille de myome supérieur ou égale à 6 cm. (Rouanet, 2003) a mentionné que l'échographie est l'examen de première intention devant une suspicion de fibrome. (Anne, 2009), et (Murgo, 2002), ont partagé le même avis. D'après (Aly, 2009) et (Aubert, 2003), elle permet de préciser le nombre, la taille, le type, la localisation des fibromes et l'existence d'une déformation de la cavité utérine. Par contre (Fernandez, 2005) a remarqué que l'IRM est l'examen le plus efficace pour une cartographie exacte des fibromes.

Les myomes interstitiels ont été retrouvés chez 23,60 %. Nous n'avons pas retrouvé un lien significative entre la localisation des myomes et la survenue d'une grossesse ( $p=0,14$ ). Ces

résultats sont comparables à ceux de certains auteurs (Amélie, 2009) qui affirment que si on ne prend en compte que les études prospectives, seul le taux de grossesses cliniques n'est plus significatif. L'hystérosalpingographie n'avait pas été réalisée chez 51% de nos patientes et 85,39% n'avaient pas fait de bilan hormonal.

Nos patientes avaient fait recours à un traitement médicamenteux dans 41,57% des cas. Les médicaments utilisés étaient : les antibiotiques, les progestatifs, les traitements inducteurs d'ovulation, les anti-inflammatoires, les dopaminergiques (exemple : Parlodel) ; selon (Puech, 2011). Aucun traitement médical actuellement validé n'est capable de faire disparaître les myomes. Les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome.

Le traitement chirurgical avait été réalisé chez 48,88% de nos patientes. Les méthodes chirurgicales utilisées étaient : la polomyomectomie par laparotomie, la fimbrioplastie, la cœliochirurgie diagnostic, l'hystérocopie diagnostic et opératoire, la néosalpingostomie bilatérale, la plastie tubaire, la néostomie tubaire, la résection hystérocopique des myomes. Si l'ablation des myomes sous-muqueux est indiquée en cas d'infertilité ou de prise en charge en AMP (NP2, grade B ; CNGOF 2011), la discussion existe encore pour les myomes interstitiels, sans empreinte sur la cavité utérine. Pritts (2009) note que l'effet de la myomectomie a été comparée entre les femmes opérées et celles ayant un myome non opéré ou celles n'ayant pas de myome.

Pour les myomes sous muqueux, l'effet de la myomectomie est significatif pour le taux de grossesse clinique uniquement en comparaison avec les femmes ayant un myome non opéré. (Le CNGOF, 2011), indique que l'ablation d'un myome sous muqueux est envisageable pour les myomes de type 0, 1 (grade B), 2 (grade C) jusqu'à 4 cm (voire 6 cm). Le monitoring de l'ovulation, la contraception post opératoire, la cœlioscopie avaient été réalisés chez 8,99%.

Sur le plan pronostic, 88,76 % ont été perdues de vue, cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patientes étaient des ménagères (fonction sans revenus) et non instruite ; par compte 6,74% étaient tombées enceintes. L'absence de revenus de la plus part des femmes, le coût élevé des explorations et des produits pharmaceutiques expliquaient sûrement l'abandon en cours de traitement. Contrairement à certains auteurs (Roux, Faivre, Trichot, 2015) qui ont trouvé 13% d'accouchement après myomectomie au cours de leur étude.

Les questions persistent quant à l'effet des fibromes sur la reproduction. Les fibromes sous-muqueux semblent exercer un effet, ce qui ne semble pas être le cas des fibromes sous-séreux. Bien que les fibromes intramuraux puissent exercer un effet, la tenue d'études randomisées comptant une évaluation adéquate de l'atteinte intracavitaire s'avère nécessaire pour que l'on puisse déterminer de façon satisfaisante si les avantages du traitement l'emportent sur les graves risques chirurgicaux et obstétricaux qui découlent de la myomectomie selon (Belima, Carranza, Sherbrooke, et al).

## 5 Conclusion

L'association, fibromes et infertilité est fréquente. L'échographie a été l'examen clé du diagnostic chez toutes nos patientes. Le pronostic de procréation après une prise en charge chirurgicale reste mitigé.



## Références

- Aly Abbara. 2009 : Fibrome utérin. <http://www-abbara.com>. (Le 21 janvier 2018)
- Anne-Laure Rivain. 2009 : Apport de l'imagerie par résonance magnétique dans la prise en charge thérapeutique des fibromes utérins. *Thèse-Méd Paris v*.
- Amélie Gervaise, Xavier Deffieux, Hervé Fernandez 2009: Fertility and myomas, médecine de la reproduction, *gynécologie endocrinology*, 11(2), 128-33
- Aubert JP, Petrequin C. 2003 : Qu'est-ce qu'un fibrome utérin, 122 pages.
- Bruno Imthurn, Estilla Maurer-Major, Ruth Stiller, 2008 : Stérilité /infertilité-étiologies et investigations. *Forum Med Suisse*, 8, 124-130.
- Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousin D, Schectman JM. 2003: High Cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am j obstet gynecol*, 188, (1), 100-107.
- Belina. Carranza-Mamane, Sherbrooke, Jon. Havelock Al. 2015: Directive clinique de la SOGC. *J obset gynaecol Can*, 37(3eSuppl), S1-S11.
- CNGOF. 2011 : Recommandations pour la pratique clinique : Actualisation de la prise en charge des myomes (Fernandez H, et coll.). Vigot Ed., Paris, 803-824.
- Cook H, Ezzati M, Segars J. 2010: The impact of uterine leiomyomas on reproductive outcomes. *Minerva Ginecol.*; 62:225–36.
- Donnez J, Jadoul P. 2002: What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate? *Hum Reprod*, 17, 1424–30.
- Fa-Issif Kouyaté L'étude de l'infécondité conjugale dans le service de Gynécologie-Obstétrique du C.H.U. point G à propos de 535 cas Bamako 2008-2009 thèse de médecine.
- Flake GP, Andersen J, Dixon D. 2003: Etiology and pathogenesis of uterin leiomyomas : a review . *Environ healt perspect*, 111 (8), 1037-1054.
- Herve Fernandez, Catherine Azoulay, Guy Rostoker. 2005 : Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, ; 34, 360-405
- Maya N. Mascarenhas, Seth R. Flaxman, Ties Boerna, Sheryl Vanderpoel, Gretchen A. Stevens, 2012: National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *Plos Med*, 9, 12-13.
- Murgo S, Golzarian J. Embolisation des fibromes utérins : alternative au traitement chirurgical. *Revue de la Médecine Générale*, 2002; 191:104-108.

O Kogho FO, Ezechi OC, Loto OM, Ezeobi PM, 2011: Uterine leiomyomata in south western nigeria : a clinical study of presentations and management outcome, *Afr health Sci*, 1, (2), 271-278.

Puech F. 2011 : Actualisation de la prise en charge des myomes : recommandations pour la pratique clinique- Texte des recommandations *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40, 953-961.

Pritts EA, Parker WH, Olive DL. 2009: Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril*; 91, 1215-1223.

Racinet C. 2009 : Epidémiologie, facteur de risque et symptomatologie des myomes utérins *.MT médecine de la reproduction gynécologie endocrinologie*, 11(2), 118-122

Sanogo Chaka 2001 : Stérilité masculine au service d'Urologie de l'Hôpital National du Point G à propos de 22 cas. [Thèse] Médecine, Bamako, 107.

Rouanet JP, Juhan V, Maubon A. 2003 : Prise en charge des fibromes utérins. *J Gynecol obstet Biol Reprod*, 28, 715-718.

Roux I, Faivre A, Trichet C. 2011: Fertility following myomectomy by laparotomy in women aged over 38. *Journal de gynécologie obstétrique et Biologie de la reproduction*, 40, 123-129.